FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 198

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le 31 juillet 1869,

PAR FERNAND CASTELAIN,

Interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'École de médecine de Lille.

PHLEGMASIES ET ABCÈS

SOUS

LE MUSCLE STERNO-MASTOIDIEN

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1869

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASEGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD.

Chargé de cours.

Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G). N. BEHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAUX.	LEFORT.	POLAILLON.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
DE SEYNES.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.* . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* . .
— de l'ophthalmologie	*N.* . .
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. DOLBEAU, *Président :* HARDY, BALL, PROUST.

M. FOLGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend eur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON GRAND-PERE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A M. LE PROFESSEUR DOLBEAU

Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Veuillez agréer, cher maître, l'expression de ma vive reconnaissance pour la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée.

A M. CAZENEUVE

Directeur de l'Ecole de médecine de Lille,
Professeur de Clinique médicale,
Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A M. PARISE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lille,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Je prie les docteurs Binaut, Houzé de l'Aulnoit, Joire, Morisson, Pilat et Wannebroucq, de recevoir l'assurance de ma sincère gratitude pour leurs excellentes leçons.

PHLEGMASIES ET ABCÈS

SOUS

LE STERNO-MASTOÏDIEN

AVANT-PROPOS.

Les phlegmasies du cou s'observent, soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales : ces dernières peuvent être superficielles ou profondes. Ce sont ces phlegmasies profondes de la partie latérale du cou, c'est-à-dire celles qui sont placées sous le sterno-mastoïdien, que nous allons étudier. Ces inflammations peuvent se présenter à l'état aigu ou à l'état chronique ; nous ne nous occuperons que de la forme aiguë. Cette question a été jusqu'ici assez peu étudiée ; c'est là un des motifs qui nous ont engagé à choisir ce sujet pour notre thèse. Signalées d'une manière spéciale, pour la première fois, en 1837, par Froriep (1), ces phlegmasies ne furent plus étudiées depuis que par M. Dumesthé (2). On ne

(1) Archives de médecine, t. VIII, p. 98, 2e série.
(2) Thèse de Paris, 1864.

trouve ni dans les livres classiques, ni dans les traités spéciaux aucun passage qui s'y rapporte. En joignant nos observations et celles qu'on a bien voulu nous communiquer à celles que nous avons trouvées dans les recueils scientifiques, nous avons pu réunir 26 observations de phlegmasie aiguë sous le sterno-mastoïdien : c'est d'après l'analyse rigoureuse de ces observations, que nous allons essayer d'en faire l'histoire.

Nous ne croyons pas inutile de commencer par quelques notions d'anatomie. Il ne s'agit pas ici de consacrer de longues pages à répéter ce que les auteurs ont décrit avec précision, nous voulons seulement rappeler quelques dispositions anatomiques, dont la connaissance nous aidera à comprendre certains symptômes.

ANATOMIE.

En procédant de la superficie vers les parties profondes, nous trouvons dans la région sterno-mastoïdienne du cou :

La peau ;

La couche sous-cutanée ou fascia superficialis dans laquelle on rencontre, les branches du plexus cervical superficiel, le peaucier et la veine jugulaire externe ;

L'aponévrose cervicale superficielle, qui comprend dans son dédoublement le muscle sterno-mastoïdien ;

Une couche de tissu cellulaire graisseux, dans les mailles duquel sont logés beaucoup de ganglions lymphatiques ; sur le même plan en haut les muscles digastrique et styliens, en bas le muscle homo-hyoïdien et l'aponévrose qui l'enveloppe ;

Enfin un faisceau vasculo-nerveux, composé de la jugulaire interne, de la carotide primitive et de ses branches, du pneumogastrique et du grand sympathique.

Nous connaissons maintenant les parties qui entrent dans la constitution de cette région ; revenons sur quelques points qui nous intéressent spécialement.

Tissu cellulaire. — Le tissu cellulaire, qui est situé sous la face profonde du sterno-mastoïdien, est abondant et forme une gaine au faisceau vasculo-nerveux dont nous venons de parler. En effet, bien que quelques auteurs croient cette gaîne aponévrotique, elle est purement celluleuse. Ce tissu cellulaire communique en haut avec celui des glandes parotide et sous-maxillaire, de haut en bas avec celui de la poitrine et de l'aisselle.

Ganglions lymphatiques. — Les ganglions lymphatiques de cette région sont très-nombreux. Quelques-uns superficiels, sont situés sur le trajet de la jugulaire externe, mais la plupart se trouvent sous l'aponévrose cervicale. Les uns

sont placés entre le sterno-mastoïdien et les vaisseaux, d'autres derrière ces mêmes vaisseaux; enfin on en rencontre aussi sur les parties latérales du pharynx, de la trachée et de l'œsophage (1). Ces ganglions ne sont pas également répartis dans toute la hauteur du cou. Assez peu nombreux à la partie inférieure, ils deviennent plus abondants à la partie supérieure, mais c'est un peu au-dessus de l'angle de la mâchoire qu'ils existent en plus grand nombre. Ces ganglions sont parfois arrondis, mais le plus souvent ils sont elliptiques et leur grand axe est vertical. Quelle que soit leur forme, ils sont aplatis latéralement. Leur volume varie entre celui d'une lentille et celui d'un petit haricot; leur coloration diffère également : fréquemment d'un gris rougeâtre, ils sont parfois beaucoup plus foncés. Les vaisseaux lymphatiques afférents viennent du cuir chevelu, de l'oreille, des gencives, de la langue, du pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage. Les vaisseaux lymphatiques du cuir chevelu et de l'oreille se rendent dans les ganglions situés sous l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien, ceux du pharynx et des gensives dans les ganglions placés dans la bifurcation de la ca-

(1) Dans les nombreuses dissections que nous avons faites de cette région, pendant notre internat à Bicêtre, nous n'avons jamais trouvé un seul ganglion dans la gaîne du sterno-mastoïdien.

rotide primitive, ceux de la langue et du larynx dans les ganglions moyens, enfin ceux de la trachée et de l'œsophage dans les ganglions inférieurs.

Aponévroses. — Aponévrose cervicale superficielle : partie de la ligne médiane antérieure, cette aponévrose fournit des gaînes à la glande sous-maxillaire ainsi qu'au muscle digastrique, des couches lamelleuses qui servent d'enveloppe aux muscles mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien, hyo-glosse, génio-glosse, puis au niveau du sterno-mastoïdien, elle se dédouble et ses deux feuillets qui passent l'un en avant, l'autre en arrière de ce muscle, se réunissent sur son bord externe pour former un plan qui se dirige vers le trapèze. Cette aponévrose s'attache en haut à la base du maxillaire inférieur, en bas au sternum et à la clavicule.

Aponévrose moyenne. — L'aponévrose moyenne, nommée encore par M. Richet homo-claviculaire, mais qui du reste n'est principalement formée que par une couche de tissu cellulaire, comprend dans son dédoublement le muscle homo-hyoïdien, et forme des gaînes pour les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. Elle s'insère en haut à l'os hyoïde, en bas au sternum et à la clavicule et s'arrête en dehors au bord supérieur du muscle omo-hyoïdien (1).

(1) Est-il besoin de faire remarquer que les aponévroses du cou ont été arbitrairement divisées par nous, pour la commodité de notre description ?

Ces quelques lignes sur les aponévroses du cou, vont nous permettre de comprendre la marche que suivront les collections purulentes. Situées en avant de l'aponévrose moyenne et des muscles sous-hyoïdiens, elles pourront bien fuser vers la partie inférieure du cou, mais elles ne gagneront pas le médiastin, à moins qu'elles ne perforent cette aponévrose ; ce qui est exceptionnel, à cause de la tendance qu'a toujours le pus à se porter à l'extérieur. Placées derrière l'aponévrose moyenne et les muscles sous-hyoïdiens, elles pourront arriver jusque dans la poitrine, en suivant les gros vaisseaux du cou. Heureusement, bien que les abcès siégent souvent dans cet endroit, cette migration du pus jusque dans la cage thoracique, est rare. La rareté de cet accident tient à ce que le chirurgien ouvre une issue au pus, ainsi qu'au peu de résistance de l'aponévrose moyenne. Cette barrière une fois rompue, le pus se comportera comme s'il s'était développé primitivement en avant de l'aponévrose moyenne.

La perforation possible des plans aponévrotiques fait qu'on ne peut jamais prédire d'une manière certaine la marche des collections purulentes profondément placées.

SIÉGE.

Où faut-il placer les phlegmasies profondes

de la région sterno-mastoïdienne? Dans le tissu cellulaire: nous ne le croyons pas. Il n'est pas impossible, que le tissu cellulaire de cette partie vienne à suppurer; mais, à notre avis, dans la grande majorité de cas, ces phlegmasies siégent dans les ganglions lympathiques. On comprendrait, en effet, assez difficilement que le tissu cellulaire de la partie latérale du cou vienne à suppurer dans le cours d'une angine, tandis qu'on s'explique parfaitement que, dans ce cas, les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade s'engorgent et suppurent. Nous ne voulons pas dire pour cela que le tissu cellulaire reste toujours étranger à ces inflammations, nous croyons même qu'il y participe très-souvent, mais nous voudrions établir que le mal est limité d'abord aux ganglions, et ne gagne que plus tard le tissu cellulaire environnant. Ce qui milite en faveur de cette opinon, c'est que ces inflammations se remarquent le plus communément un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, c'est-à-dire là où les ganglions sont en plus grand nombre. Ces inflammations sont donc des adénites, et nous aurions pu intituler notre thèse; adénites aiguës sous le sterno-mastoïdien ; mais, nous ne l'avons fait, parce que, bien que cette opinion soit très-vraisemblable, nous ne pouvons l'appuyer sur des preuves certaines. Rejetant le mot phlegmon, qui signifie inflammation du tissu

cellulaire, nous avons préféré celui de phlegmasie, qui, par son sens plus étendu, sert à désigner une inflammation sans spécifier le tissu malade. Nous avons ajouté le mot abcès pour faire voir de suite que la suppuration en est fréquemment la conséquence.

ÉTIOLOGIE.

Causes prédisposantes. — Les phlegmasies profondes de la partie latérale du cou s'observent à toutes les époques de la vie : on les rencontre cependant plus souvent chez les enfants que chez les adultes et surtout chez les vieillards. Dans les observations que nous analysons, le malade le plus âgé n'avait que 51 ans. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes ; sur 22 cas, où le sexe est indiqué, nous trouvons 14 femmes et 8 hommes. Les professions qui exposent au froid y prédisposent aussi. Bien qu'on ne puisse l'expliquer d'aucune manière, les deux côtés ne sont pas atteints avec une égale fréquence; sur 20 cas, le côté droit figure 14 fois, et le côté gauche 6 seulement. Généralement ces inflammations n'occupent qu'un seul côté; cependant Robert Smith, W. Sedgwick et M. Dumesthé ont vu des malades chez lesquels les deux côtés furent pris simultanément ou à quelques jours d'intervalle. Le moment de l'année n'est pas sans exercer une certaine influence sur le développement de ces phleg-

masies; d'après 22 observations dans lesquelles le début de la maladie est noté, les mois les plus froids sont en général les plus chargés. Voici comment se répartissent ces 22 observations :

Janvier. . . .	2
Février. . . .	5
Mars.	2
Avril.	4
Mai.	1
Juin..	2
Juillet.. . . .	1
Août.	1
Septembre. .	...
Octobre.. . .	1
Novembre...	2
Décembre...	1

Causes déterminantes. — Les caries dentaires, les angines, surtout celle de la scarlatine sont les causes qui amènent le plus fréquemment les phlegmasies profondes de la partie latérale du cou. Les excoriations du cuir chevelu les provoquent aussi, quoique moins fréquemment; enfin l'action du froid ne saurait être révoquée en doute.

M. Gantillon a observé un cas de phlegmasie sous le sterno-mastoïdien à la suite d'une irritation de l'oreille externe, produite par une épingle à cheveux. On en a vu d'autres exemples survenir consécutivement à une rupture de l'œsophage. Si nous ne parlons qu'en dernier lieu de la scrofule, c'est que cette diathèse, qui produit

souvent des inflammations chroniques, ne donne que très rarement naissance à des inflammations aiguës, les seules dont nous nous occupions.

SYMPTÔMES.

Ces phlegmasies débutent ordinairement par de la céphalalgie, de l'inappétence et un état fébrile d'une intensité variable; puis apparaissent les symptômes locaux. Un des premiers c'est le gonflement; ce gonflement est situé sur la partie latérale du cou, le plus souvent un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire; il suit la direction du sterno-mastoïdien et dépasse transversalement les bords de ce muscle. En palpant cette partie, on sent qu'elle est empâtée, mais cet empâtement est limité aux parties profondes. Ce qui le prouve, c'est qu'on sent par la palpation le sterno-mastoïdien, et qu'on le voit faire saillie sous la peau si on fait incliner au malade la tête du côté de la tumeur. La possibilité de voir et de sentir le sterno-mastoïdien a une grande importance au point de vue du diagnostic. En effet, jamais dans une inflammation superficielle, ce muscle ne reste accessible à la vue et au toucher. La peau qui recouvre la partie tuméfiée a conservé en grande partie sa mobilité; elle est légèrement œdématiée, sa coloration est plus foncée que celle des parties voisines.

Ces phlegmasies sont très-douloureuses, et l'on

s'explique l'intensité de la douleur, quand on songe au nombre des branches nerveuses de cette région et à l'obstacle que l'aponévrose superficielle oppose au gonflement des parties enflammées. Cette douleur ne présente pas toujours le même caractère ; sourde et continue au début, elle devient ensuite pulsative et intermittente. Les sensations douloureuses sont rarement limitées à la partie tuméfiée, elles s'irradient, en suivant les rameaux superficiels du plexus cervical, vers l'oreille et la clavicule.

La tête prend cette position particulière que l'on observe dans le torticolis. Elle est immobile, inclinée du côté malade, le menton dirigé en sens inverse. Aussi, si on dit au malade de regarder d'un côté, il exécute un mouvement de totalité du corps, ou il dirige seulement les yeux du côté indiqué. Non-seulement les mouvements spontanés, mais encore les mouvements communiqués sont douloureux.

L'abaissement de la mâchoire est difficile et la déglutition est gênée. Cette gêne de la déglutition, que l'on pourrait expliquer dans certains cas par une angine, doit être rapportée à la compression que la tumeur exerce sur le pharynx, car elle s'observe également chez les personnes qui ne souffrent pas de la gorge. Les symptômes généraux, dont nous avons déjà parlé, se prononcent davantage : la fièvre et l'inappétence aug-

mentent, l'insommie tourmente les malades et quelques-uns même sont pris de délire.

Plus tard, quand le pus se forme, les symptômes se modifient légèrement. La teinte rougeâtre de la peau s'accentue, les douleurs deviennent gravatives, l'œdème augmente. Cet œdème est très-important à noter, car il indique presque sûrement la formation d'une collection purulente profondément placée, alors que la fluctuation n'est pas encore perceptible. Enfin apparaît la fluctuation, signe pathognomonique de la présence du pus ; malheureusement elle est souvent obscure.

Voici, selon nous, le meilleur moyen de sentir la fluctuation dans ces sortes d'abcès : les doigts d'une main étant réunis sur une même ligne, sont appliqués sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien ; les doigts de l'autre main semblablement disposés, sont placés sur le bord postérieur de ce muscle ; les deux mains étant dans cette position, si l'une vient à exercer une pression, l'autre percevra le déplacement du liquide. Lorsque le pus est formé, les symptômes généraux diminuent d'intensité.

Si nous avons signalé la fluctuation, comme un symptôme de ces phlegmasies, c'est que, dans la grande majorité des cas, elles se terminent par suppuration. Aussi pouvons-nous maintenant substituer le mot abcès à celui de phlegmasie.

Il ne nous répugne pourtant pas d'admettre que spontanément ou sous l'influence d'un traitement convenable, ces inflammations puissent parfois se terminer par résolution. Chez les malades observés par Robert Smith et Sedgwick, il ne se forma d'abcès que d'un côté, bien que, au début les deux parties latérales du cou fussent également tuméfiées.

Voici deux observations qui nous paraissent offrir des exemples de la marche ordinaire de cette affection.

OBSERVATION I (*inédite, par M. Lachanaud*).

Le 25 juin 1867, entrait, dans le service de M. Jarjavay, à Beaujon, la femme Zuma C..., fille publique, âgée de 30 ans, d'une bonne constitution, mais offrant les caractères du tempérament lymphatique.

Elle raconte qu'il y a quatre jours environ, elle ressentit un mal de gorge assez intense, avec difficulté de la déglutition et bientôt gêne dans les mouvements du cou. Ces symptômes augmentèrent le lendemain et les jours suivants, et il s'y joignit une tuméfaction du cou.

25 juin. Voici ce que l'on constate à son entrée :

La région latérale du cou présente une tumeur assez volumineuse dans son tiers moyen : cette tumeur est partagée en deux parties par le muscle sterno-mastoïdien, de manière à faire une légère saillie le long du bord antérieur et du bord postérieur de ce muscle. La peau qui recouvre cette partie est rouge, et légèrement œdématiée. La tête est inclinée du côté malade, la face dirigée du côté opposé; l'épaule droite semble un peu soulevée. Les mouvements du cou, soit spontanés, soit

communiqués, sont douloureux. A la palpation, la tumeur résiste sous le doigt; il n'y a pas de fluctuation. Bien que la malade ouvre difficilement la bouche, on peut apercevoir de la rougeur au fond de la gorge, sans qu'il existe une saillie plus marquée à droite qu'à gauche; la malade éprouve cependant une sensation analogue à celle que produirait une tumeur faisant saillie dans le pharynx à droite. La déglutition est difficile. Pas de fièvre notable. — Cataplasmes.

Le 26. Même état. La malade accuse des douleurs assez vives, qu'elle compare à des battements, à des élancements; l'œdème est plus marqué. — Même pansement.

Le 27. Les douleurs sont devenues moins aiguës. La fluctuation est évidente, bien qu'elle donne la sensation d'une collection purulente assez profonde; on la perçoit très-bien en plaçant une main en avant et l'autre en arrière du sterno-mastoïdien. Toute la région latérale droite est tuméfiée, empâtée. M. Jarjavay fait une incision au niveau du tiers moyen du bord postérieur du sterno-mastoïdien; il sort du pus blanc, crémeux, bien lié, ne présentant pas de grumeaux. Par l'ouverture, M. Jarjavay introduit l'index de la main gauche, le recourbe en crochet, de manière à recevoir dans sa concavité la face profonde du muscle, fait saillir la pulpe du doigt le long du bord antérieur, et incise les téguments en ce point. Il s'écoule de nouveau une quantité de pus assez considérable. — On introduit une mèche de charpie dans les deux ouvertures; cataplasmes.

Le 28. Le pus continue à couler abondamment; la tuméfaction a beaucoup diminué; la déglutition est presque aussi facile qu'à l'état normal. La malade commence à remuer la tête. — Même pansement.

Le 29. La résolution continue à se faire. — Plus de charpie entre les lèvres de la plaie; cataplasmes.

1er juillet. Les cataplasmes sont tachés par du pus de plus en plus séreux. Les mouvements sont normaux ; la tête est moins inclinée. — Pansement simple.

Le 15. La malade sort. Il existe encore une rougeur violacée au niveau des incisions, mais la tête est droite.

OBSERVATION II (*inédite, personnelle*).

Le nommé M..., âgé de 34 ans, tailleur de pierres, est admis, le 21 janvier, dans le service de M. Dolbeau, à Beaujon.

Depuis quelques jours, cet homme avait mal à la gorge, quand le 18 janvier, en se levant, il s'aperçut qu'il portait une grosseur sur la partie droite du cou. Le lendemain la tuméfaction augmenta ; les douleurs, d'abord légères, devinrent plus violentes : le malade se décida alors à entrer à l'hôpital.

21 janvier. Voici ce que l'on constate :

Gonflement de la partie latérale droite du cou dans son tiers supérieur, soulèvement du sterno-mastoïdien, empâtement profond, léger œdème de la partie, un peu de rougeur à la peau, pas de fluctuation. La tête est inclinée du côté malade et le menton dirigé du côté sain; la déglutition est difficile ; les mouvements du cou sont très-douloureux ; le malade se plaint de ressentir des douleurs qui s'étendent jusqu'à l'oreille et la clavicule ; anorexie, fièvre. — Cataplasmes en permanence ; bouillons, potages.

Le 23. La peau est plus rouge, l'œdème a augmenté, la fluctuation devient évidente. M. Dolbeau fait couche par couche une incision à la partie postérieure du sterno-mastoïdien : il sort une assez grande quantité de pus. — Cataplasmes; une portion.

Le 25. La partie a bien diminué de volume, la suppuration est moins abondante.— Pansement à la glycérine; deux portions.

5 février. La plaie est presque entièrement cicatrisée, la tête a repris sa position normale. Le malade part pour Vincennes.

Avant de continuer l'histoire de ces phlegmasies, disons un mot de certains symptômes que l'on observe parfois du côté de la pupille. Ces symptômes sont tantôt de la dilatation, tantôt du resserrement, enfin on a vu dans quelques cas le resserrement succéder à la dilatation. Pour se rendre compte de ces phénomènes, il faut se rappeler que les expériences de MM. Brown-Séquard et Claude Bernard ont démontré que les irritations portées sur le grand sympathique déterminent une dilatation de la pupille et que la section de ce nerf amène le resserrement du diaphragme iridien. Si donc il existe dans la partie latérale profonde du cou une collection purulente de petit volume, elle pourra comprimer légèrement le grand sympathique, l'irriter et amener une dilatation de la pupille; si au contraire, la collection purulente est plus volumineuse, la compression qu'elle exercera sur ce nerf pourra être assez forte pour abolir ses fonctions, de là resserrement de l'ouverture pupillaire. On comprend aussi que l'on puisse chez une même personne voir le resserrement succéder à la dilatation, si une collection

purulente, d'abord petite, prend ensuite un volume plus considérable.

Nous avouons n'avoir jamais vu ces phénomènes, mais comme notre attention n'avait pas été attirée sur ce point à l'époque où nous avons recueilli nos observations, et comme ils ne déterminent ni douleur, ni trouble de la vision, nous avons pu facilement les laisser passer inaperçus.

Nous empruntons à la thèse de M. Poiteau (1), les deux observations suivantes qui sont des exemples d'inflammation latérale profonde du cou accompagnée de phénomènes du côté de la pupille.

OBSERVATION III (*par M. Poiteau*).

Thérèse N..., âgée de 25 ans, cuisinière, entre le 24 novembre 1868, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 3.

Trois semaines avant l'entrée : gonflement du cou, douleurs pendant les mouvements.

19 novembre. La malade se plaint d'élancements dans la partie malade, élancements qui remontent vers l'oreille et produisent dans la tempe gauche une sensation de tourbillon. Dysphagie des aliments solides.

Le 22. Dysphagie des solides et des liquides, dyspnée, accès de suffocation réveillant plusieurs fois la malade pendant la nuit.

Le 25. Gonflement assez étendu de la partie moyenne

(1) Thèse de Paris, 1869.

de la région sterno-mastoïdienne du côté gauche, sensation de fluctuation superficielle ; il y a lieu de croire à un abcès superficiel du cou. M. Verneuil, après avoir chloroformisé la malade, plonge un bistouri dans la tumeur ; il en sort une quantité de pus phlegmoneux qu'on peut évaluer à 120 grammes ; mais M. Verneuil, ayant remarqué du côté correspondant à la tumeur la dilatation de la pupille, qui a 1 millimètre de diamètre de plus que l'autre, avait diagnostiqué à l'avance un abcès profond ; il introduit le doigt dans la plaie, dépasse le sterno-moïdien et voit la confirmation de son diagnostic.

Le 28. La malade ressent encore des élancements qui partent de la plaie et remontent vers l'oreille et la tempe. La pupille gauche a bien diminué d'étendue. En plaçant la malade devant une fenêtre de façon que l'œil gauche reçoive la lumière, la pupille gauche paraît encore plus large que l'autre ; en la plaçant en sens contraire, on comprend qu'il y ait une dilatation très-notable de la pupille gauche ; enfin, si l'on tourne la malade en face de la lumière, on constate d'abord difficilement la dilatation de la pupille gauche, mais, en faisant fixer un objet, on voit la dilatation devenir très-manifeste.

5 décembre. La plaie du cou est presque fermée ; il reste encore un peu de dilatation très-peu apparente de la pupille.

Le 10. La plaie est cicatrisée, la pupille est revenue à son état normal. Sortie de l'hôpital.

OBSERVATION IV (*par M. Kidd*).

Pendant l'été de 1856, une dame allemande fut prise d'une inflammation phlegmoneuse du cou. Il se forma, du côté droit du cou, une tumeur s'étendant de l'oreille

au bord inférieur du cartilage thyroïde et située au-dessous de l'aponévrose cervicale. Il y avait une douleur vive, et il s'établit de la suppuration marquée par des frissons répétés. On observa alors que la pupille de l'œil droit était très-dilatée, au point qu'on n'apercevait plus qu'une très-petite portion de l'iris. Peu de temps après qu'on eut remarqué cette dilatation de la pupille, la douleur s'apaisa et la malade s'endormit; à son réveil, la pupille, jusqu'alors si dilatée, avait repris ses dimensions normales. Dans la soirée, le frisson revint, et la pupille était alors contractée; un paroxysme de douleur suivit le frisson, et la pupille se dilata comme auparavant. Ces changements dans les dimensions de la pupille furent observés plusieurs fois, et en outre, pendant ce temps, l'iris qui était naturellement de couleur grise, prit une teinte brun foncé. L'abcès du cou étant alors ouvert, les frissons cessèrent et la pupille resta dilatée, mais elle se contractait sous l'excitation de la lumière ; la vue était manifestement intacte. A mesure que la plaie du cou se cicatrisait, la pupille reprenait sa grandeur normale.

MARCHE. — DURÉE.

D'ordinaire ces abcès restent circonscrits dans le point où ils ont pris naissance; mais nous devons ajouter qu'ici, plus fréquemment que partout ailleurs, on peut voir le pus fuser vers les parties voisines. La tendance qu'ont les abcès profonds de la région sterno-mastoïdienne à fuser s'explique facilement. Quelles sont, en effet, les causes de la migration d'un abcès ? La résis-

tance des plans aponévrotiques et l'influence de la pesanteur. Ces deux conditions se réalisent au cou, et tandis que l'aponévrose cervicale superficielle, doublée du muscle peaucier s'oppose à ce que le pus se fasse jour à l'extérieur, la pesanteur l'entraîne en bas. Aussi est-ce vers la partie inférieure du cou que le pus se dirige ordinairement. Il n'est pas rare, disait Jarjavay, de voir ces abcès occuper successivement, sinon en même temps, tous les points recouverts par le muscle sterno-mastoïdien. Le pus de ces abcès peut encore arriver dans l'aiselle.

Les observations suivantes viennent à l'appui de ces assertions.

1° *Migration du pus vers la partie inférieure du cou.*

OBSERVATION V (*inédite, par M. Frémy, interne des hôpitaux.*)

La femme Augustine B..., papetière, est couchée au numéro 13 de la salle Ste-Marthe, dans le service de M. Cusco à Lariboisière. 37 ans, un enfant il y a douze ans, bonne constitution.

26 décembre 1868. Malaise général sans symptômes locaux. Le lendemain, même malaise, avec état local : gonflement du cou à droite, rougeur accompagnée de douleurs lancinantes.

Le 28. Augmentation du volume de la tumeur, mouvements du cou très-douloureux et très peu étendus, violentes douleurs de tête, impossibilité de la déglutition ; fièvre, insomnie.

Le 30. La malade entre à l'hôpital. Voici l'aspect de la région : tuméfaction considérable du cou à droite, rougeur vive des téguments, pas de fluctuation.

31 décembre 68 et 1er janvier 69. Éxacerbation des phénomènes inflammatoires, douleurs très-vives, pas de fluctuation ; fièvre très forte. — Pommade mercurielle, lavement purgatif.

Le 2. Fluctuation profonde, assez difficile à sentir sous le sterno-mastoïdien. Ouverture de cet abcès à quatre centimètres à peu près au-dessous de l'oreille, sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Incision profonde, écoulement d'un pus épais, jaune, bien lié. — Tube à drainage, cataplasmes.

Le 3 et 4. Douleurs moins vives, mais état général grave : fièvre, délire pendant la nuit. Ecoulement très-abondant de pus d'une odeur infecte, mouvements de déglution impossibles. La malade se plaint de rendre des crachats en grande abondance et d'une odeur infecte. Un système de compresses graduées est disposé au-dessous de la plaie, pour empêcher le pus de fuser du côté de la poitrine. Malgré cela, la tuméfaction s'étend, une fluctuation très-évidente est perçue à l'attache inférieure du sterno-mostoïdien droit, au niveau de la fourchette sternale.

Le 5. Ouverture du foyer purulent. Les jours suivants les signes locaux diminuent d'intensité, mais les symptômes généraux n'offrent pas de rémission ; la langue est toujours sèche, le malaise continue, il y a de la fièvre et du délire.

Le 10. Un érysipèle envahit d'abord la partie droite du cou et de la face, puis passe du côté gauche. Ouverture d'un petit abcès à la partie supérieure de la paupière droite. Etat général grave pendant huit jours.

Le 18. Amélioration : l'érysipèle qui est limité au cou

et à la face, entre en résolution, plus de crachats, déglutition moins pénible, tête dans la position normale, cicatrisation des plaies, plus de fièvre.

Le 25. La malade sort guérie.

OBSERVATION VI (*inédite, personnelle*).

La nommée Marie B..., femme de chambre, entre le 15 février 1869, dans le service de M. Cusco à Lariboisière.

Constitution faible, tempérament lympathique, glandes nombreuses dans l'enfance, taches de rousseur, récemment une bronchite assez intense, peut-être commencement de tuberculisation.

Cette femme raconte que, depuis deux jours elle était un peu souffrante, et qu'étant allée, malgré cette légère indisposition, au bal le mardi gras, elle ne tarda pas à remarquer que sa robe lui serrait le cou et qu'il s'y était formé une tumeur de la grosseur d'une noix. Le lendemain elle fit demander un médecin qui lui prescrivit un purgatif et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le 15. Voici l'état que présente la malade à son entrée. Elle porte à la partie droite du cou, à peu près à la partie moyenne du muscle sterno-mastoïdien, une grosseur allongée dans la direction de ce muscle; la coloration de la peau est presque normale, les douleurs que ressent la malade s'irradient vers les parties voisines. La malade porte la tête inclinée du côté droit, la face est tournée du côté opposé, l'épaule droite est légèrement élevée. Quand on veut faire regarder la malade d'un côté, elle ne tourne pas le cou, mais dirige tout son corps de ce côté. L'abaissement de la mâchoire est pénible, les mouvements de déglutition sont doulou-

reux. Le pouls est plein, il est à 110; l'insomnie est presque complète. — Bouillons.

Le 18. Même état, seulement les douleurs sont devenues lancinantes et la peau est un peu plus foncée.

Le 25. La fluctuation qu'on n'avait pas encore sentie devient manifeste.

Le 27. M. Cusco devant quitter le service le lendemain, fait une incision de plusieurs centimètres à la partie postérieure du muscle sterno-mostoïdien. Il s'écoule du sang mélangé d'une petite quantité de pus. — Drain, compresses trempées dans l'eau de sureau.

Le 28. La malade souffre encore beaucoup ; la fièvre persiste.

1er mars. La suppuration s'établit. — Cataplasmes.

Le 3. M. Duplay, qui remplace M. Cusco, remarque l'existence d'une tumeur fluctuante à la partie antérieure du sterno-mostoïdien, trois centimètres au-dessous de l'incision primitive. M. Duplay introduit un stylet par cette incision , passe sous le sterno-mostoïdien et fait sur ce stylet, au niveau du bord antérieur de ce muscle, une incision qui s'étend jusqu'à quatre centimètres au-dessus de la clavicule. Le pus s'écoule en assez grande quantité. — Drain.

Le 4. La malade éprouve un soulagement marqué ; elle repose mieux. — Une portion de poulet.

Le 8. La suppuration est très-abondante, la déglutition est beaucoup plus facile ; la fièvre a beaucoup diminué.

Le 11. La malade se plaint de ressentir des douleurs en arrière et au-dessous du siége primitif de l'abcès ; cette partie devient manifestement rouge, et l'on perçoit de la fluctuation sur le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. La tête est toujours un peu inclinée du côté malade.

Le 15. On fait une petite incision à deux centimètres au-dessous de la première, c'est-à-dire sur le bord postérieur du sterno-mostoïdien.

Le 16. La fièvre a disparu. — Deux portions.

Le 19. Voici l'aspect que présentent les trois incisions : les deux incisions postérieures sont fermées, l'incision antérieure laisse encore écouler un peu de sérosité. La tête est droite.

Le 26. La malade sort complétementguérie.

On comprend que si le pus arrive à la partie inférieure du cou, il puisse, quand il est placé derrière l'aponévrose moyenne, pénétrer jusque dans le médiastin ; cependant nous n'en avons trouvé aucun exemple. Dans la *Gazette des hôpitaux* (29 juin 1869), MM. Malassez et Lucas-Championnière ont cité chacun un exemple d'abcès du cou ayant fusé dans la poitrine, en suivant les gros vaisseaux, mais nous n'avons pas voulu rapporter ici ces observations, car dans ces deux cas, le pus s'était primitivement développé dans la région sus-hyoïdienne et non sous le muscle sterno-mastoïdien.

2° *Migration du pus dans l'aisselle.*

OBSERVATION VII (*par M. Dumesthé* (1).

P... (Marie), couturière, âgée de 48 ans, douée d'une bonne santé habituelle, avait vu se former, à gauche, sur le cou, à la partie moyenne environ du muscle

(1) Extraite de la thèse de M. Dumesthé, p. 22, 1864.

sterno-mastoïdien, un gonflement douloureux dont on pouvait rattacher l'origine à une amygdalite récente. L'empâtement, profond d'ailleurs, gagnant en étendue, n'avait pas tardé d'envahir le creux sus-claviculaire. La malade fut présentée, le 6 mars 1863, à M. le professeur Jarjavay, par un médecin du faubourg Saint-Antoine, qui avait assisté au début du mal, et donna les détails qui précèdent. Un purgatif avait été administré, et des applications émollientes faites en permanence sur la partie phlogosée.

Le jour même on pouvait constater une rougeur peu intense à la base du cou, un peu d'œdème des téguments, un empâtement profond allant de la partie moyenne du sterno-mastoïdien à la clavicule, comblant la moitié inférieure du creux sus-claviculaire et accessible même dans le creux de l'aiselle. La tête était légèrement inclinée sur l'épaule malade; le bras, écarté du tronc, n'en pouvait être que très-difficilement rapproché. Une douleur profonde s'irradiait du cou tout le long du bras gauche, qui était le siége d'un engourdissement et d'un fourmillement permanent et d'un peu d'œdème.

La fluctuation, évidente au-dessus de la clavicule, pouvait être sentie jusque dans le creux de l'aisselle, lorsque, y appuyant fortement d'une main, on comprimait de l'autre dans le creux sus-claviculaire.

Une ouverture fut faite au-dessus de la clavicule, un peu en dehors du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, par laquelle s'écoula une grande quantité de pus phlegmoneux. L'indicateur pénétrait par cette incision dans une vaste cavité purulente, étendue à droite sous le sterno-mastoïdien, à gauche sous le trapèze, en bas sous la clavicule. Une contre-ouverture fut pratiquée dans le creux de l'aisselle, comme pour

la ligature de l'artère axillaire et avec d'égales précautions. L'aponévrose profonde coupée sur une sonde cannelée, le tissu cellulaire et les brides nombreuses déchirées, le pus sortit en assez grande abondance. Le doigt indicateur, introduit par la plaie axillaire, parcourait un large conduit dans lequel il percevait les battements de l'artère.

Une sonde de gomme élastique passée par l'ouverture supérieure vint faire saillie en bas par de légers efforts, et servit à placer une mèche destinée à favoriser l'écoulement du pus.

Le 8 avril, la malade, non encore complétement guérie, exigea son exeat. J'ai eu l'occasion de la revoir : la guérison était complète.

Ces abcès peuvent encore se faire jour dans un organe voisin, pharynx, œsophage, trachée. Nous rapporterons tout à l'heure, en parlant des complications, une observation dans laquelle le pus perfora à la fois la trachée et l'œsophage.

Enfin, comme le prouve l'observation précédente, le pus de ces abcès peut s'insinuer sous le trapèze.

La durée de ces abcès varie suivant la marche qu'ils suivent : s'ils restent circonscrits, ils guérissent en une vingtaine de jour, s'ils se propagent, ils peuvent durer six à sept semaines.

COMPLICATIONS.

Les principales complications auxquelles peuvent donner naissance les abcès placés sous le

sterno-mastoïdien sont l'ulcération des vaisseaux et la phlébite de la jugulaire interne.

1° *Ulcération des vaisseaux.*

Le pus, qui exerce une influence si fâcheuse sur certains tissus, est souvent sans action sur la texture des vaisseaux. M. Nélaton, se fondant sur le peu de friabilité des vaisseaux baignés par la suppuration, a conseillé, pour arrêter les hémorrhagies, de lier les artères dans les plaies : cette pratique a sur la ligature des troncs artériels loin des plaies, l'immense avantage d'empêcher le retour des hémorrhagies par les voies collatérales. Nous avons vu, l'année dernière, à l'hôpital Beaujon, M. Dolbeau, lier les deux bouts d'une des branches de l'arcade palmaire, pour arrêter une hémorrhagie de la paume de la main, et bien que la plaie datât de six jours, l'hémorrhagie ne reparut pas.

Il ne faut pas cependant être trop exclusif, et vouloir, comme Béclard, faire de cette innocuité du pus à l'égard des vaisseaux, une règle générale, peu sujette à exception. Il existe aujourd'hui un certains nombre de faits qui prouvent que les vaisseaux en contact avec le pus peuvent non-seulement se ramollir, mais encore s'ulcèrer, MM. Cruveilhier (1), Dionis (2), Giraldès (3), ont

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique, t. IV, p. 512.
(2) Bulletin de la Société anatomique, 1850, p. 309.
(3) Bulletin de la Société anatomique, 1850, p. 85.

vu l'artère poplitée perforée à la suite d'un abcès du jarret. Rokitansky a trouvé l'artère fémorale ulcérée sous un bubon ; Hasse a vu les artères vertébrales affectées de la même manière à la suite d'une carie vertébrale. M. Jolly (1) a rassamblé sept cas de perforation de la carotide interne résultant de la carie du rocher. M. Dolbeau (2), a observé une ulcération de l'artère linguale chez une jeune fille atteinte de phlegmon-sous-maxillaire. Dans un abcès de la fosse iliaque, Demeaux a trouvé ouverte la veine cave inférieure.

La région latérale du cou est certainement la partie du corps où ces ulcérations arrivent le plus fréquemment. En cherchant dans les divers recueils scientifiques, nous avons trouvé 7 exemples d'ulcération des vaisseaux du cou à la suite d'abcès situés sous le sterno-mastoïdien. Dans les observations de Weinlechner, de Smith Robert, de M. Déperet, la marche de l'abcès a été franchement aiguë, dans celle de Miller elle a été plutôt subaiguë, enfin dans celles de William Bloxam et de Sedwick on se contente de signaler la perforation vasculaire sans indiquer la marche qu'a suivie l'abcès. Comme il est probable que, dans ces deux derniers cas, les perforations vasculaires n'ont pas été produites par des abcès froids, puisqu'elles sont survenues chez des per-

(1) Archives de médecine, 1866, t. II, p. 16.
(2) Gazette des hôpitaux, 1864, p. 194.

sonnes atteintes de scarlatine, nous rapporterons ici ces deux observations (1) :

A. ULCÉRATION DES ARTÈRES.

OBSERVATION VIII (*compliquée d'ulcération de la carotide, par Weinlechner* (2).

Une petite fille de 3 ans fut prise, vers le milieu de novembre, d'une variole compliquée d'angine diphthéritique. Il se forma consécutivement un énorme abcès au-dessous de l'apophyse mastoïde du côté droit. Cet abcès fut ouvert par un chirurgien. Il se développa à sa place une tumeur, qui s'étendit rapidement au point de déplacer le larynx, la joue et les muscles voisins. Les téguments s'amincirent, et le 1er décembre, c'est-à-dire quinze jours après le début des accidents, il y eut une hémorrhagie foudroyante qu'un bandage compressif parvint à arrêter. Quinze jours après, l'hémorrhagie se renouvelle et c'est alors que Weinlechner est appelé. Du sang rouge et rutilant s'écoule ; une tumeur tendue, grosse comme une orange, dure sur ses bords et molle au centre, siége de pulsations, avec deux petites bosselures à sa surface, dont l'une est le siége de l'hémorrhagie, envahit la région parotidienne et déforme les parties environnantes. La tête est fléchie, comme dans la contracture du sterno-mastoïdien ; les maxillaires sont en rapport. L'amygdale droite obstruait l'isthme guttu-

(1) Bien que l'observation d'ulcération de la carotide par un abcès du cou, que publia Liston en 1842, ait eu beaucoup de retentissement, nous ne la citerons pas, car il s'agissait d'un abcès chronique. Le même motif nous empêchera de parler ici de l'exemple d'ulcération de la jugulaire interne que Froriep observa en 1834, et qui est relaté dans son mémoire.

(2) Union médicale, 1864, p. 368.

ral, siége de plaques diphthéritiques. Tout d'abord, M. Weinlechner crut avoir affaire à un cancer médullaire très-vascularisé, mais les pulsations et l'hémorrhagie saccadée lui firent bientôt reconnaître un anévrysme faux de la carotide, résultant de l'ulcération des parois de ce vaisseau par la maladie locale. La ligature de la carotide primitive fut faite, et dès lors les battements cessèrent et tout reprit graduellement son aspect normal.

OBSERVATION IX (*compliquée d'ulcération de carotide primitive et de perforation de la trachée et de l'œsophage, par Miller* (1).

Une femme de 41 ans entre à l'infirmerie royale pour un gonflement de la partie latérale droite du cou, dont elle fait remonter le début à sept semaines. Miller reconnut un engorgement chronique, ordonna un traitement ioduré et renvoya la malade chez elle. Quelques semaines plus tard elle rentrait à l'infirmerie : les téguments qui recouvraient la tumeur étaient rouges et tendus, la fluctuation pouvait être perçue profondément; la tumeur, primitivement placée entièrement au-dessus de la clavicule, avait depuis le premier examen dépassé cet os en bas. La malade était faible et accusait une gêne marquée de la respiration. On prescrivit du bouillon, du vin et des fomentations sur le cou. Une ouverture pratiquée le lendemain par Miller donna issue à une grande quantité de pus louable. Trois jours après l'ouverture de l'abcès, on vit se manifester tout à coup de la toux, suivie de vomissements sanglants, et d'expulsion du même liquide, par le nez et la plaie du cou. Quatre heures après

(1) Gazette hebdomadaire, 1855, p. 694.

la première hématémèse, la malade succombait. L'ouverture du cadavre permit de constater que l'abcès du cou s'était ouvert dans la carotide primitive, vers le milieu de sa hauteur : un autre abcès, moins volumineux, placé derrière les vaisseaux, s'était ouvert dans la trachée et l'œsophage.

OBSERVATION X (*compliquée d'ulcération de la carotide externe et de la jugulaire interne, par Barret* (1).

Une petite fille de 5 ans, à la suite d'une fièvre scarlatineuse, est affectée d'un abcès profond de la région sterno-mastoïdienne, à gauche. L'abcès est ouvert, et la plaie se convertit en une sorte d'ulcère de mauvaise nature, et pénétrant à une grande profondeur au-dessous du sterno-mastoïdien, mis à nu dans une grande étendue.

Le lendemain de son entrée dans un hôpital de Londres, survint une hémorrhagie abondante, qui se renouvela deux fois le surlendemain et emporta la malade.

En disséquant attentivement les vaisseaux, on reconnut que les parois de la carotide externe avaient été détruites par une ulcération, au niveau de la glande parotide et que cette ulcération avait perforé même la jugulaire interne dans une étendue de 4 lignes de long sur 3 de large. L'ouverture était ovalaire et ses bords lisses.

B. ULCÉRATION DES VEINES.

OBSERVATION XI (*compliquée d'ulcération de la jugulaire interne, par Déperet* (2).

Le 13 février 1850, M. Déperet fut appelé auprès d'un jeune garçon de 14 ans, arrivé au huitième jour d'une

(1) Extraite de la thèse de M. Dumesthé, 1864, p. 25.
(2) Bulletin général de thérapeutique, t. XXXIX, p. 278.

scarlatine dont la fièvre d'invasion avait été intense. La scarlatine était à son déclin, lorsque l'on constata l'existence d'une tumeur dans la région parotidienne gauche, occupant toute la partie supérieure et latérale du cou. Après deux jours d'applications de cataplasmes, la tumeur s'était ramollie. M. Déperet cru devoir l'ouvrir vu sa situation profonde au milieu d'organes importants. Trois jours après, M. Déperet, en faisant le pansement, remarqua un flocon formant bouchon, dont l'extraction fut immédiatement suivie de l'écoulement d'une grande quantité de sang noir; une compression arrêta l'hémorrhagie. Les jours suivants la tumeur augmenta au point d'en faire craindre la rupture. Aucun souffle, aucun mouvement d'expansion ne se faisait entendre dans la région ; il n'y avait pas de doute à conserver, l'hémorrhagie provenait de la jugulaire interne. M. Déperet fendit la tumeur, la bourra de boulettes de ouate et maintint le tamponnement à l'aide d'un bandage compressif.

Trois jours plus tard on retira les boulettes les plus superficielles ; tout l'appareil était imprégné de pus de bonne nature. Peu à peu la poche purulente s'oblitéra complétement.

OBSERVATION XII (*compliquée d'ulcération de la jugulaire interne, par William Bloxam* (1).

Un enfant de 5 ans fut atteint, à la fin d'une scarlatine, d'un abcès au cou du côté droit ; cet abcès avait eu son point de départ dans les ganglions lymphatiques placés au dessous de l'angle de la mâchoire. Cet abcès s'ouvrit spontanément au bout de cinq jours et laissa échapper avec le pus du sang veineux, d'abord en petite

(1) Archives générales de médecine, 1844 p. 96.

quantité et ensuite en plus grande abondance. Le Dr Bloxam ne vit l'enfant que trois jours après l'hémorrhagie ; la face était pâle, le pouls précipité, les extrémités froides ; le sang coulait encore. L'hémorrhagie fut arrêtée par compression, mais elle ne tarda pas à reparaître à cause de l'agitation continuelle du malade. La mort survint cinq jours après l'ouverture de l'abcès.

A l'autopsie, on constata sur la veine jugulaire interne, en rapport avec le foyer purulent, une ulcération oblongue, d'environ cinq lignes dans son plus grand diamètre.

OBSERVATION XIII (*compliquée d'ulcération de la veine jugulaire interne, par Smith Robert*) (1).

Un enfant est atteint de scarlatine le 5 août. L'éruption est fort intense en quelques jours ; l'inflammation qu'elle détermine sur les amygdales et sur le pharynx prend une forme ulcéreuse dans plusieurs points limités et circonscrits.

Le 10. L'éruption a disparu; le pouls reste à 130, l'enfant est agité. Les deux régions parotidiennes deviennent le siége d'un gonflement qui s'étend jusqu'au cou.

Le 15. Les deux tumeurs avaient changé : celle du côté gauche avait presque entièrement disparu, celle du côté droit était molle et fluctuante. On l'ouvrit, il en sortit du pus de mauvaise nature.

Jusqu'au 20, le malade allait dépérissant chaque jour, lorsque tout à coup, il s'écoula par l'ouverture un flot de liquide peu coloré, environ quatre onces.

Le 24. Nouvelle hémorrhagie que la mort suivit de près.

(1) Bulletin de thérapeutique, t. XXXI, p. 390.

On constata à l'autopsie le ramollissement sanieux et fétide du tissu cellulaire et du sterno-mastoïdien dans son tiers supérieur. Le ramollissement s'était étendu jusqu'à la veine jugulaire interne, et près de l'angle de la mâchoire, ce vaisseau était percé d'une petite ouverture : la membrane interne de ce vaisseau était considérablement injectée et tapissée de lymphe plastique au voisinage de l'ouverture.

OBSERVATION XIV (*compliquée d'ulcération de la jugulaire interne, par M. Sedgwick* (1).

Scarlatine chez un enfant de quatre ans et demi ; tuméfaction des deux régions sous-maxillaires, surtout de la droite ; formation d'abcès ; ouverture de cet abcès ; issue d'une certaine quantité de pus, puis de sang noir. L'hémorrhagie ne peut être complétement arrêtée. Mort le troisième jour.

A l'autopsie on trouve une ulcération de la paroi de la jugulaire interne, de forme arrondie, à bords déchiquetés, de quatre lignes d'étendue.

Il résulte de ces observations :

1° Que le pus dans scarlatine semble exercer sur les vaisseaux une action corrosive toute spéciale : en effet sur 7 cas d'ulcération vasculaire, 5 se sont produits dans le cours de cette maladie.

2° Que le pronostic de ces perforations est grave, puisque la mort est arrivée 5 fois sur 7.

3° Que généralement la communication entre le foyer purulent et le vaisseau a lieu par une

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique, t. II, p. 450.

ouverture petite, circulaire, et dont les bords sont nettement tranchés et comme taillés à l'emporte-pièce.

Le mécanisme de ces perforations est assez peu connu. Voici l'explication que M. Lancereaux a cru pouvoir en donner : « La tunique externe, au lieu de se couvrir de bourgeons charnus, au contact du pus, vient à suppurer, et bientôt, par suite de l'imbibition, la suppuration gagne la tunique moyenne. Les deux membranes se ramollissent ou se nécrosent, la membrane interne cède à la pression et la rupture a lieu » (1).

2° *Phlébite de la jugulaire interne.*

La phlébite de la jugulaire interne, comme celle de toutes les grosses veines, est une complication sérieuse. Suppurative, elle produira souvent l'infection purulente ; adhésive, elle se bornera, dans certains cas, à déterminer des symptômes de gêne de la circulation, mais elle pourra parfois donner lieu à des accidents très-graves.

Un fragment du coagulum vient-il à se détacher, il ira produire l'embolie d'un des principaux troncs de l'artère pulmonaire, et l'asphyxie sera souvent immédiate. Que des fines parcelles du thrombus soient lancées dans la circulation

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. 6, p. 284.

elles amèneront l'obstruction de capillaires du poumon et consécutivement des infarctus et des abcès. Enfin si la veine oblitérée passe dans le foyer purulent, l'imbition du caillot par la partie liquide du pus pourra produire une altération particulière du sang.

Voici une observation de phlébite de la jugulaire interne, consécutive à un abcès profond de la partie latérale du cou, qui nous offre un exemple de cette altération. Bien que cette observation soit un peu longue, nous croyons, vu son importance, devoir la rapporter presque en entier :

OBSERVATION XV (*compliquée de phlébite de la jugulaire interne, par M. Schützenberger* (1).

Le nommé Etienne Zuber, âgé de 41 ans, garçon menuisier, entre à l'hôpital le 19 février 1866.

C'est un homme d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste. Il se dit malade depuis 12 jours; sa maladie aurait débuté par un malaise général, des frissons alternant avec de la chaleur, de la difficulté d'avaler, de la douleur à la partie latérale du cou.

Il existe sur la partie latérale gauche du cou, une tumeur limitée en haut par la branche horizontale de la mâchoire, en arrière et en haut par l'apophyse mastoïde, en avant par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en bas elle s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule. Cette tumeur assez saillante, légèrement bosselée, semble constituée par des glandes lymphatiques, et le tissu cellulaire interglandulaire enflammé.

(1) Gazette médicale de Strasbourg, 1866, p. 42.

A la palpation, on constate de la dureté sans fluctuation et un peu de douleur à la pression. La peau est tendue et d'une couleur rosée. A l'inspection interne voici ce que l'on constate : le voile du palais est rouge et un peu tuméfié ; l'amygdale gauche est augmentée de volume, mais en somme le gonflement interne est peu considérable, la déglutition est douloureuse. Le pouls est large, résistant, il est à 88. La physionomie exprime l'abattement, même un certain degré de stupeur. — Emétique, sangsues, onctions mercurielles.

Les jours suivants la tumeur phlegmoneuse reste en apparence stationnaire, la douleur est moindre, pas de fluctuation ; la fièvre a diminué. — Sangsues, frictions mercurielles.

Le 24. Le malade se plaint du genou et de l'épaule gauches ; ces deux articulations sont tuméfiées et douloureuses. Etat typhoïde, pouls plutôt lent que fréquent, pas de frisson. La tumeur du cou n'est pas fluctuante.— Même traitement que précédemment.

Le 26. La fluctuation est mieux accusée ; ouverture de l'abcès qui donne issue à un pus épais, crémeux, de bonne nature. Le genou et l'épaule restent tuméfiés, le coude et le poignet également du même côté sont envahis par la douleur. L'état général reste le même.

Le 28. L'abcès ne fournit plus que peu de pus. La fièvre est modérée, l'état typhoïde est moins accentué ; mais les douleurs et les gonflements articulaires persistent. — Sulfate de quinine, opium, vésicatoires sur les articulations douloureuses.

4 mars. Le malade est pris d'oppression, de palpitations de cœur, de délire, de sueurs froides avec frisson pendant la nuit.

Dans les jours suivants l'état général périclite de plus en plus ; l'adynamie devient de plus en plus prononcée.

Pouls à 110, face grippée, langue sèche, délire et stupeur. L'articulation du pied droit devient à son tour douloureuse.

Le malade meurt le 11 mars.

Autopsie. L'ouverture de l'abcès n'est pas encore complétement fermée. Ce qui reste du foyer offre encore un décollement de quatre centimètres de longueur et de un à deux centimètres de diamètre ; les parois offrent une teinte jaune sale, elles sont ramollies, et recouvertes d'une matière pultacée et de petits lambeaux de détritus. La cavité ne contient plus de pus, mais un caillot sanguin, vermiforme, en partie décoloré. La veine jugulaire interne traverse le foyer dans toute sa longueur. Les parois de cette veine sont épaissies, sa cavité est complétement oblitérée. L'oblitération complète de cette veine s'étend à travers le foyer jusqu'à l'embouchure de la jugulaire dans le sinus latéral de la dure-mère, et se continue même dans une partie de ce sinus. Un peu plus loin dans la moitié antérieure du sinus, on trouve un coagulum fibrineux, décoloré et adhérent ; à l'incision il s'écoule du sinus un liquide puriforme, mais l'examen microscopique constate que ce liquide ne contient pas de globules purulents. La veine jugulaire externe et toutes les autres veines aboutissantes sont saines. L'examen de l'oreille ne révèle rien d'anormal ; le malade, n'avait du reste, jamais eu d'otorrhée.

L'articulation du genou gauche n'offre dans les tissus périarticulaires qu'une infiltration séreuse, mais sa capsule est distendue par une grande quantité de pus verdâtre. La face interne de la capsule offre une légère injection ; le cartilage qui recouvre le condyle interne du fémur est rugueux comme érodé, la teinte des cartilages articulaires est comme plus jaune qu'à l'état normal.

A l'épaule gauche, sous le deltoïde, il y a un énorme abcès qui s'étend de la clavicule jusqu'à l'insertion inférieure de ce muscle ; cet abcès communique avec l'articulation, qui est remplie de pus. Les cartilages sont lisses, mais offrent une teinte jaune.

L'articulation tibio-tarsienne gauche ne renferme pas de pus, mais les cartilages sont dépolis et érodés en différents points.

Les articulations tibio-tarsienne et tarsiennes droites contiennent du pus en petite quantité ; les cartilages sont érodés.

Au genou droit, érosion des cartilages, mais pas de pus.

L'articulation scapulo-humérale droite ne contient pas de pus et ses surfaces articulaires sont lisses, mais la bourse muqueuse qui sépare le deltoïde de l'articulation est remplie de pus.

L'articulation de la hanche droite a suppuré ; elle présente aussi un vaste abcès périarticulaire.

Le cœur, le foie, les reins, le cerveau n'offrent pas d'altération notable. Nulle part de trace de suppuration. Le poumon est engoué en arrière par infiltration œdémateuse ; adhérences anciennes ; quelques granulations disséminées sous la plèvre.

DIAGNOSTIC.

Voici les principales maladies qui se rapprochent le plus par leurs symptômes des abcès situés sous le sterno-mastoïdien.

Abcès superficiels. — Les abcès superficiels ou sus-aponévrotiques se distinguent facilement des abcès profonds. En effet, dans les abcès superfi-

ciels la peau est chaude, la forme de la tumeur est globuleuse, la fluctuation est facile à sentir, enfin le pus a plus de tendance à se porter au dehors.

Abcès de la gaîne du sterno-mastoïdien. — Les abcès de la gaîne du sterno-mastoïdien sont si rares que nous n'essayerons pas d'établir leur diagnostic différentiel. Velpeau, en décrivant une variété d'abcès dans cette gaîne, a, selon nous, trop généralisé un ou quelques faits très-rares. Peut-être même pourrait-on se demander si ce chirurgien n'aurait pas placé dans cette gaîne, des abcès situés plus profondément.

Phlegmons profonds. — Dans les phlegmons profonds du cou, que beaucoup d'auteurs, depuis Dupuytren, appellent phlegmons larges, l'inflammation s'empare, en général, assez rapidement de tout le tissu cellulaire qui se trouve entre l'apophyse mastoïde et la clavicule; le pus s'y trouve disséminé; il survient, de plus, fréquemment des phénomènes asphyxiques dus à la compression des organes contenus dans le cou. Tels ne sont pas les caractères des phlegmasies qui nous occupent : ici, l'inflammation est limitée à un ou quelques ganglions situés sous le sterno-mastoïdien et au tissu cellulaire qui les entoure, le pus est réuni en foyer, et si l'on voit quelquefois des phénomènes de compression des organes voisins, ils ne peuvent jamais être comparés à ceux

que l'on observe dans les cas de phlegmon profond.

Kystes. — Bien que le lieu d'élection des kystes du cou soit la partie antérieure de cette région, on en trouve également sur les parties latérales. Quand ces kystes sont sus-aponévrotiques, leur position superficielle, leur forme arrondie, leur transparence les font aisément distinguer des abcès profonds; mais quand ils sont situés derrière l'aponévrose cervicale, surtout quand ils viennent former, comme dans les cas de Delpech et de M. Cloquet, deux tumeurs, l'une en avant l'autre en arrière du muscle sterno-mastoïdien, leur diagnostic devient plus difficile. Pour y parvenir, il faudra alors faire entrer en ligne de compte la lenteur du développement de la tumeur, l'aspect normal de la peau qui la recouvre, et quelquefois la facilité avec laquelle on perçoit la fluctuation, enfin l'absence de phénomènes fébriles.

Anévrysme. — Il semble assez étonnant au premier abord, qu'un anévrysme, c'est-à-dire une tumeur réductible, animée de battements isochrones au pouls et laissant par l'auscultation entendre un bruit de souffle, puisse être pris pour un abcès, qui n'est pas réductible et ne possède ni bruit de souffle, ni battements. Certainement si l'anévrysme présentait toujours des caractères aussi tranchés, l'erreur ne serait pas pos-

sible; mais, au bout d'un certain temps, les battements deviennent moins forts, le souffle diminue, la réduction est incomplète et alors la confusion devient possible. Il est évident qu'en examinant attentivement et à diverses reprises un anévrysme, on parviendra ordinairement, même dans ces cas, à reconnaître quelques symptômes qui permettront de le différencier d'un abcès, mais il faut avouer que parfois ce diagnostic offrira les plus grandes difficultés. La meilleure preuve que nous puissions en donner, c'est que les praticiens les plus expérimentés, et Liston en particulier, s'y sont trompés.

PRONOSTIC.

Il résulte, de ce qui précède, que les abcès situés sous le sterno-mastoïdien, vu leur tendance à fuser vers les parties voisines (partie inférieure du cou, aisselle) et la fréquence des lésions vasculaires qu'ils déterminent, offrent une gravité incontestable. Tous ces abcès ne sont pas également dangereux; ceux qui sont produits par la scarlatine sont les plus à redouter, justement à cause de la fréquence relativement beaucoup plus grande des lésions vasculaires consécutives. Aussi doit-on, surtout dans ce cas, réserver son pronostic.

Traitement.

Le traitement varie suivant la période à laquelle est arrivée la maladie. Quand le pus n'est pas encore formé on doit tâcher d'obtenir la résolution de la phlegmasie : les sangsues, les onctions mercurielles sont les meilleurs moyens de faire avorter cette inflammation. Il ne faut pas cependant avoir trop de confiance dans ces moyens, car généralement la suppuration arrive. Une fois le pus réuni en foyer, que faut-il faire ? Faut-il abandonner l'abcès à lui-même, ou l'ouvrir ? Boyer, dans le but d'éviter les traces d'une incision, conseillait de ne pas ouvrir les abcès du cou. Pour les abcès superficiels, qui doivent tôt ou tard s'ouvrir à l'extérieur, on peut suivre le conseil de Boyer, bien que la plupart des auteurs professent aujourd'hui, que la cicatrice d'une incision est beaucoup moins disgracieuse que celle qui résulte d'une ulcération de la peau ; mais quand l'abcès est situé profondément, il n'y a pas à hésiter, il faut l'ouvrir. Il faut même l'ouvrir de bonne heure pour tâcher d'éviter les complications que nous avons signalées plus haut.

Jarjavay conseillait d'ouvrir les abcès situés sous le sterno-mastoïdien en deux points différents. Voici comment il opérait : il faisait d'a-

bord, au niveau de la tumeur, sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien une incision qui comprenait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose cervicale superficielle. Il introduisait alors le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie, le recourbait en crochet de manière à recevoir dans sa concavité la face profonde du sterno-mastoïdien, faisait saillir l'extrémité du doigt sous le bord antérieur de ce muscle et pratiquait dans ce point une nouvelle incision.

Beaucoup de chirurgiens ne font qu'une incision, soit sur le bord antérieur, soit sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien : on a même conseillé d'arriver dans le foyer en traversant ce muscle.

Auquel de ces deux procédés donner la préférence ? Tout en reconnaissant que l'écoulement du pus doit être plus facile par le procédé de Jarjavay, nous préférons l'incision unique. Le cou étant une partie habituellement découverte, on doit, quand toutefois cette pratique n'est pas contre-indiquée, ménager le nombre des incisions. Il sera toujours temps, si on voit que le pus séjourne dans le foyer de faire une contre-ouverture.

Il est impossible de fixer d'une façon précise le point où il convient d'ouvrir ces abcès : on doit les ouvrir sur le côté du sterno-mastoïdien où

ils proéminent davantage. Si cependant l'abcès étalait à sa surface le sterno-mastoïdien sans faire saillie sur ses bords, on pourrait l'ouvrir à travers ce muscle : cette manière d'opérer ne serait cependant pas sans inconvénient, si l'abcès était situé vers la partie moyenne du cou, car on pourrait en agissant ainsi sectionner les branches du spinal, ce qui amènerait une paralysie du sterno-mastoïdien. Quel que soit l'endroit où l'on fasse l'incision, il faut toujours, vu les terribles accidents qui peuvent être la conséquence de la blessure des gros vaisseaux du cou, inciser couche par couche, puis, une fois l'aponévrose cervicale coupée, se servir de la sonde cannelée pour arriver jusqu'au foyer.

On a dit, qu'à la suite de la division de l'aponévrose cervicale superficielle, il survenait immédiatement une grande gène de la respiration : dans aucune des observations que nous avons sous les yeux cet accident n'est noté. Nous ne voulons pas pour cela en contester la possibilité, puisqu'il a été observé par des hommes comme A. Burns, Béclard, Velpeau et M. Laugier. Nous voulons seulement faire remarquer qu'il est loin d'être constant.

La présence de la jugulaire externe apporte toujours une certaine difficulté à l'ouverture des abcès dont nous nous occupons. Le meilleur moyen d'éviter la lésion de ce vaisseau est de le

rendre apparent : pour cela il suffit de recommander au malade de faire un effort, et sous l'influence de cet effort on voit cette veine se dessiner sous la peau. Si, par malheur, on venait néanmoins à couper la veine jugulaire externe, le seul accident qui en résulterait probablement, serait une hémorrhagie peut-être un peu abondante. On a encore signalé la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines, à la suite de la section de la jugulaire externe, mais cet accident est si rare, qu'il n'en existe qu'un seul exemple, c'est celui de Beauchêne (1).

Qu'on fasse une ou deux incisions, on peut utilement employer le drainage, qui a l'avantage de faciliter l'écoulement du pus.

On voit parfois le pus stagner dans le foyer : on préviendra cet inconvénient par le décubitus sur le côté malade et l'inclinaison de la tête.

Si après la guérison la tête restait inclinée, il

(1) En lisant l'observation de Beauchêne, qui est rapportée dans le Mémoire d'Amussat (Recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, 1839), on trouve l'explication de cet accident. Dans ce cas, l'ouverture de la jugulaire externe avait eu lieu immédiatement au-dessus du point où cette veine se jette dans la sous-clavière. On comprend facilement qu'à ce niveau l'aspiration thoracique doive exercer sur la jugulaire externe la même action que sur la sous-clavière.

Nous disions, plus haut, que l'observation de Beauchêne était le seul exemple d'entrée de l'air dans les veines à la suite de l'ouverture de la jugulaire externe, M. Putegnat en a bien cité un autre exemple dans sa thèse (thèse de Paris, 1834, n° 156); mais il n'est pas, à notre avis, très-concluant.

faudrait, par des mouvements progressifs en sens inverse, tâcher de la ramener dans la rectitude.

Complications. — Une nouvelle collection purulente vient-elle à se former en dessous du foyer primitif, on l'ouvrira sans hésitation pour empêcher le pus de fuser encore plus loin. Une hémorrhagie arrive-t-elle par suite de l'ulcération des carotides ou de la jugulaire interne, on fera la ligature de ces vaisseaux.

CONCLUSIONS.

1° Les phlegmasies situées sous le sterno-mastoïdien, siégent généralement dans les ganglions lymphatiques.

2° Ces inflammations se terminent très-souvent par suppuration.

3° Les abcès auxquels elles donnent naissance, ont une tendance particulière à fuser vers les parties voisines et à ulcérer les vaisseaux.

4° On donnera de bonne heure issue au pus.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la respiration.

Physiologie. — Des phénomènes chimiques de la respiration ; de l'évaporation et de l'absorption pulmonaires.

Physique. — Induction par courants, appareils employés en médecine.

Chimie. — Caractères généraux des chlorates et des hypochlorites; préparation et propriétés des hypochlorites de potasse, de soude, de chaux; des bichromates et des permanganates de potasse.

Histoire naturelle. — Des étamines : leur structure, leur nombre, leurs relations ; du pollen, sa structure. — Du pistil, de l'ovaire, de l'ovule, de la structure de l'ovule.

Pathologie externe. — Du traitement des tumeurs blanches.

Pathologie interne. — De la cirrhose.

Pathologie générale. — Des hydropisies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hematocèle rétro-utérine.

Médecine opératoire. — Des conditions qui peuvent rendre plus difficile l'opération de la hernie étranglée.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques dont l'opium est la base ; comparer leur composition entre elles, déterminer leurs propriétés relatives.

Thérapeutique. — Des médicaments anti-septiques.

Hygiène. — Des causes d'insalubrité dans les hôpitaux.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie, de celles qui ont été faites après la mort.

Accouchements. — De la rupture de l'utérus.

Vu bon à imprimer,

DOLBEAU, président.

Permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr le Prince, 31.